45e Année. — N° 12. Vendredi 25 Mars 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : La syphilis tertiaire est elle transmissible directement ou par voie d'hérédité? par le Dr Buret, 177. — **Radiographie** : Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X (*suite et fin*), par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier, 179. — **Revue la presse** : Amblyopie causée par le thé, 180. — **Académie des sciences** : *Séance du 14 mars.* Présidence de M. Wolf. — Sur l'importance du sucre considéré comme aliment, 181. — Des différents modes d'élimination de la chaux chez les rachitiques et des diverses périodes du rachitisme, 181. — **Académie de médecine** : *Séance du 22 mars* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — La vaccination obligatoire dans les colonies, 181. — Appendicite et grossesse, 182. — Pathogénie de la cirrhose, 183. — Des applications de l'entomologie à la médecine légale, 183. — Sur les applications locales du salicylate de méthyle, 183. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 19 mars* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles, 184. — Mécanisme de certaines gangrènes symétriques des membres inférieurs par oblitération artérielle, 184. — Sur un caractère biologique différentiel du bacille d'Eberth et du coli-bacille, 184. — **Société médicale du Louvre**, (Ier et IIe arrondissements) : *Séance du 21 décembre.* Présidence de M. Al. Chassevant, 185. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Séance du 9 février* 1898. Présidence de M. L. Gourichon. — Un cas de fièvre ganglionnaire, 187. — Désinfection chez les tuberculeux, 187. — **Société de chirurgie** : *Séance du 23 mars* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Des psychoses opératoires, 187. — Traitement des abcès du foie, 188. — Orteil d'acro-mégalique, 188. — Cholécystectomie et gastro-entérostomie, 188. — **Variétés** : Le Dr Paul-Louis Duroziez (1826-1897). Sa vie, ses œuvres (*suite et fin*), par le Dr de Beauvais, 188. — **Nouvelles**, 191. — **Bulletin bibliographique**, 192.

SYPHILIGRAPHIE

—

La syphilis tertiaire est-elle transmissible directement ou par voie d'hérédité? (1).

Par le Dr Buret,

Dans notre dernière séance, M. Jullien nous a développé, sur « l'hérédité seconde en syphilis », des considérations que vous avez tous écoutées avec le plus grand intérêt. La discussion n'étant pas close sur ce sujet, je vous demanderai la permission d'ajouter quelques mots et de formuler d'une façon plus précise les questions que m'avaient suggérées la thèse soutenue par notre savant collègue. M. Jullien, vous vous en souvenez, m'a fait l'honneur de me répondre que, en fin de compte, nous étions à peu près du même avis. Aussi serai-je très bref et me bornerai-je à énoncer les quelques points à élucider.

Afin de ne pas nous égarer dans les considérations accessoires, et pour circonscrire les débats, en quelque sorte, il me semble que l'on pourrait ramener la question à trois points principaux.

1° La syphilis tertiaire est-elle transmissible directement à un sujet sain, c'est-à-dire contagieuse?

2° La syphilis, arrivée à la période tertiaire, est-elle transmissible à l'enfant par voie d'hérédité?

3° L'hérédo-syphilitique peut-il, à l'âge de la puberté, transmettre la syphilis à sa descendance?

Examinons donc ces trois cas et demandons-nous sous quelle forme et par quels accidents connus cette syphilis pourra se manifester dans les trois circonstances sus-énoncées.

Pour le premier cas, M. Jullien a répondu nettement par l'affirmative : il est d'avis que la syphilis peut-être encore contagieuse après 10, 15 et même 20 ans. Des auteurs très dignes de foi partagent cette opinion. J'ai fait alors observer qu'il faut se mettre en garde contre une cause d'erreur qui est la suivante : nous savons tous que la période dite secondaire — je préférerais l'expression de « virulente » — peut exister encore alors que le tertiarisme s'est déjà manifesté, même depuis longtemps. Des gommes typiques peuvent évoluer concurremment avec des plaques muqueuses très manifestes dans les deux ou trois premières années qui suivent la contamination. Se hasardera-t-on alors à dire que la contagion, si elle a eu lieu chez autrui, a été apportée par la gomme seule? A une période plus avancée encore, au bout de dix ans, si vous voulez, alors que l'on peut observer ces accidents dénommés secondo-tertiaires pour les besoins de la cause, par exemple ces érosions ou ulcérations si rebelles de la langue, oserez-vous affirmer, en cas de contagion, que l'élément secondaire était absolument éteint, et que le tertiarisme existait seul? M. Jullien m'a fait observer avec juste raison — et j'enregistre cette précieuse déclaration — qu'il n'est guère possible de déterminer quand finit la période secondaire et quand commence le tertiarisme, la division de Ricord étant très commode pour l'enseignement, mais absolument fausse en pratique. Je suis tellement de cet avis que, pour mon

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 12 mars 1898.

compte personnel, je ne considère que deux périodes dans la syphilis, une période *contagieuse* et une période *organique*, mais je me garderais bien de dire où est la ligne de démarcation. Toutefois, il deviendrait oiseux d'insister davantage; aussi demanderai-je très nettement, en résumé : admettez-vous que le liquide d'une gomme ou d'une ulcération tertiaire — en supposant les lésions secondaires disparues depuis longtemps — soit contagieux ? Si oui, quel sera le premier accident observé sur le sujet contaminé ? existe-t-il des faits capables de nous éclairer sur ce point très précis ?

J'arrive au second cas, c'est-à-dire celui d'un géniteur procréant à une époque où les gommes, les exostoses, les nécroses ou les ulcérations tertiaires, etc., évoluent sur son individu. Ici je dirai tout de suite que je me suis bien souvent demandé, en dépit des auteurs classiques, s'il était possible qu'un être conçu dans de telles conditions ou élaboré dans un pareil centre pathologique sortit de là invariablement indemne ?

Je ne parle pas, bien entendu, de la syphilis héréditaire courante, celle de tous les jours, transmise par un père ou une mère en pleine évolution virulente. Même dans ce cas, nous savons que l'enfant peut naître indemne de tout accident, de tout virus. Ce n'est pas fréquent, mais cela se voit : j'ai des observations personnelles où les deux conjoints contaminés ont procréé des enfants parfaitement sains. A plus forte raison, la transmission à la troisième période doit-elle être exceptionnelle. Sans la nier, je demande ce qu'elle produit. Ce ne sera certes pas un chancre, puisque la période secondaire elle-même n'en donne pas par hérédité. Sera-ce des plaques muqueuses? Pas non plus, puisque nous avons supposé la virulence éteinte, et qu'une maladie à cycle défini ne saurait revenir sur ses pas, même héréditairement. Alors elle donnera des gommes, des exostoses, des caries, des nécroses, etc. ? Ou bien se bornera-t-elle à produire — ce que je croirai plutôt — de ces lésions appelées para-hérédo-syphilitiques ? Je n'ai pas la prétention et encore moins l'intention de poser des questions embarrassantes; j'éprouve le besoin d'éclairer ma religion et je demande la lumière à de plus compétents que moi.

J'ouvre ici une parenthèse pour faire une simple observation relativement à l'hérédité à long terme, parfaitement admise aujourd'hui. Au début, il pouvait paraître au moins extraordinaire que des accidents tertiaires manifestes fussent remarqués chez des hérédo-syphilitiques adultes, n'ayant jamais présenté le moindre accident suspect dans la première enfance. On pourrait peut-être même s'appuyer sur ce fait pour conclure que ces enfants-là ont été procréés à la période tertiaire et qu'ils sont nés imprégnés de tertiarisme, sans avoir reçu les principes virulents qui avaient évolué sur leurs géniteurs. Ils seraient donc entrés d'emblée dans la période tertiaire sans passer par les deux étapes précédentes, comme les hérédo-syphilitiques classiques entrent de plein pied dans la période secondaire sans se soucier du chancre, inconnu pour eux. Je ferai donc simplement remarquer ceci : il arrive quelquefois — c'est l'histoire de bien des syphilis ignorées ou tout au moins non soignées — que, après un pauvre petit chancre négligeable, les accidents secondaires se bornent à une roséole fugace, peu ou point remarquée, ou même n'apparaissant pas du tout. Puis, au bout de vingt, vingt-cinq, trente ans, surviennent des lésions tertiaires, quelquefois formidables, dont le malade et trop souvent le médecin cherchent la cause. Or, des circonstances analogues ne pourraient-elles pas se produire dans l'hérédo-syphilis. Un enfant né de parents ou d'un parent en puissance de plaques muqueuses ne pourrait-il pas avoir quelques accidents à peine appréciables au deuxième mois après la naissance ou même n'en avoir pas du tout. Puis, vers l'âge de 15, 20 ou 25 ans, apparaîtraient les nécroses, perforations, etc., parfaitement héréditaires, provenant d'un géniteur virulent lorsque l'enfant fut conçu, mais que l'on pourrait croire entré déjà, à cette époque, dans la phase tertiaire en raison de l'état de sa progéniture.

Quant à la troisième question, qui est celle de l'hérédité seconde, je ne m'étendrai pas beaucoup sur elle, M. Jullien nous ayant déjà fourni de sérieux arguments. Je veux bien admettre, comme je l'ai déjà dit, les difformités, les arrêts de développements, l'idiotie, etc., voire même un peu de tertiarisme sous forme de nécroses et de gommes ulcérées, mais je ne pense pas qu'on puisse remonter au-delà dans les étapes connues de la syphilis. Pour ce qui est de l'hérédo-syphilis, même tertiaire, sautant pardessus une génération saine, sans nouvelle infection, elle me paraît plus que problématique.

En résumé, il ne suffit pas de dire : « La syphilis tertiaire est contagieuse, elle est héréditaire, même dans les générations suivantes » ; il est indispensable de fixer dans quelle mesure et sous quel aspect se présentent cette contagion et cette hérédité. M. Jullien l'a tellement bien compris, qu'il nous a dit lui-même que la question ne pouvait encore être résolue définitivement et avait besoin de faits pour être solidement assise. Seule la discussion sur un sujet d'un intérêt aussi palpitant peut faire surgir des observations que nos confrères ne pensent peut-être pas à nous communiquer : nous serions très heureux qu'ils nous en fissent part.

Permettez-moi, pour finir, de rendre hommage aux efforts de notre collègue, M. Sibut, qui poursuit toujours avec un zèle infatigable, ses recherches bactériologiques sur la syphilis. Nous lui souhaitons bien sincèrement de découvrir ce microbe, dont l'existence est fort probable, même logique, que l'on a cru voir, mais que personne, en définitive, n'a vu jusqu'ici (1).

(1) On lit dans *Le Temps* du 13 février 1898 que le docteur van Niessen, de Wiesbaden, qui aurait découvert récemment le bacille de la syphilis, vient d'être nommé professeur a l'Université de Saint-Pétersbourg.

Mais il ne suffit pas de voir soi-même une bactérie ou de la faire voir ; il faut encore que chacun, en se plaçant dans les mêmes conditions que l'expérimentateur, puisse l'apercevoir lui-même chaque fois qu'il la veut chercher. Ce jour-là, nous accepterons avec enthousiasme la théorie de M. Sibut sur le bacille-syphilis et la toxi-syphilis, qui nous donnera la clef de bien des problèmes cliniques, encore enveloppés de ténèbres.

RADIOGRAPHIE

—

Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X,

Par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier.

Suite et fin) (1).

Examen histologique des pièces biopsiques du cobaye n° 2. — Les pièces fixées par l'alcool ont été incluses dans la paraffine et réduites en coupes coloriées de diverses façons (picrocarminate, hématéine, éosine, bleu de Unna, etc.).

Les coupes de la peau alopécique examinées comparativement avec celles de la région symétrique saine traitée de la même façon montrent des lésions considérables qu'on peut résumer comme suit :

1° Epaississement énorme de l'épiderme dans toutes ses couches ;

2° Absence des poils avec atrophie des follicules pileux lesquels ont pour une bonne part complètement disparu.

Si l'on passe en revue les différentes parties constituantes du tégument on relève les détails suivants :

Epiderme. — La *couche cornée* est épaissie dans des proportions considérables, mais composée de cellules ayant leur structure ordinaire. Les couches vivantes de l'épiderme, *corps muqueux et couche granuleuse* ont énormément augmenté d'épaisseur ; la mensuration à l'aide du micromètre oculaire permet d'estimer leur hauteur à 10 ou 15 fois ce qu'elle est du côté sain. Les cellules composantes sont de plus grandes dimensions, mais elles sont surtout beaucoup plus nombreuses : c'est ainsi que l'on trouve du côté malade couramment 10 à 12 assises de cellules malpighiennes et de 6 à 10 rangées de cellules chargées d'oléidine (kératohyaline) tandis que du côté sain, le corps muqueux se compose de 2 ou 3 rangées de cellules et la couche granuleuse d'une seule rangée, rarement de deux.

Les cellules du corps muqueux, étudiées individuellement, sont peu modifiées. Celles de la première rangée cylindrique, présentent des figures de karyokinèse en nombre modéré ; la partie extirpée étant blanche, elles sont peu chargées de pigment. Dans les rangées subséquentes les cellules polygonales ont un potoplasme, un noyau et des filaments d'union qui n'offrent rien de remarquable. Il n'y a que peu de migrateurs dans les espaces intercellulaires.

(1) Voir *France Médicale*, nos 8, 9, 10 et 11.

En approchant de la couche granuleuse les cellules s'aplatissent, et l'on voit apparaître dans leur intérieur des grains ou globules d'oléidine (kératohyaline) qui augmentent de nombre à mesure qu'on s'élève, en même temps que le noyau des cellules s'atrophie.

L'éléidine de ces cellules est remarquable par le volume très variable, mais souvent gigantesque des grains autant que par leur abondance ; il n'est pas rare de voir des cellules qui renferment un ou même 3 ou 4 de ces grains ayant des dimensions voisines de celles d'un noyau de cellule malpighienne ; ils se présentent sous forme de globes sphériques ou plus ou moins déformés, très réfringents, colorés vivement en rouge par le carmin, en bleu par l'hématéine et entouré d'une poussière de la même substance.

Les assises inférieures de la couche cornée sont sous l'action du picrocarminate, teintées en rouge en raison de la présence d'éléidine diffuse.

Follicules pilosébacés. — Dans la région examinée les follicules pileux sont, à l'état normal, très rapprochés les uns des autres, rangés par petits groupes ; sur chaque champ de microscope, avec un grossissement moyen, on aperçoit la coupe de 8 ou 10 poils. Aux follicules pileux sont annexées des glandes sébacées assez petites et des muscles lisses très grêles et, à ce qu'il m'a paru, inconstants.

Sur les coupes de la peau alopécique on ne trouve plus un seul poil. Des follicules pileux on ne trouve plus que des vestiges, assez rares, un quelquefois deux ou trois par champ de microscope, suivant les points. Ce sont de simples prolongements épidermiques coniques pleins, très effilés, ou quelquefois renflés soit à leur extrémité soit sur leur trajet par la présence d'un globe épidémique. Ils ne plongent guère qu'à une profondeur qu'on peut estimer à la moitié ou au tiers de la profondeur des follicules normaux. On ne trouve aucune trace de papilles ou de bourgeon de régénération. Les globes épidermiques qu'ils contiennent sont en partie cornés, pour la plupart très riches en éléidine ; quelques-uns renferment des masses irrégulières de pigment ; d'autres fois le pigment est disséminé dans tout le cone.

Il n'y a aucun vestige de glande sébacée ou de muscle pilaire.

Les glandes sudoripares font défaut même dans la peau normale de cette région ducobaye.

Derme. Les lésions du *derme* sont absolument minimes à côté de celles de l'épiderme.

On constate seulement des cellules un peu plus nombreuses, une disposition rayonnée de fibres conjonctives et des fibrilles élastiques autour des follicules pileux rétractés et atrophiés.

Les papilles du derme alopécique sont, corrélativement à l'épaisseur de l'épiderme, plus hautes et plus larges, mais inégales ; elles renferment par place des cellules pigmentaires.

Le tissu conjonctif, le réseau élastique du chorion sont normaux.

Les mastzellen se voient en très petit nombre dans la peau altérée, de même que dans la peau saine.

Les petits *vaisseaux sanguins* du derme sont normaux ainsi que les vaisseaux plus gros de l'hypoderme. Je n'ai pu saisir aucune lésion des ramuscules nerveux sur mes coupes.

Il résulte des expériences et examens histologiques ci-dessus :

1°. — Que les rayons X (ou les effluves électriques, voir Soc. de Biologie, 17 juillet 1897) produisent sur la peau du cobaye dans des conditions imparfaitement déterminées et, de fait, d'une façon seulement inconstante une alopécie qui peut ne se manifester qu'un ou deux mois après l'exposition.

2°. — Cette alopécie est brusque dans son apparition progressive dans son extension, totale, quant à son degré, indépendante de toute eschare, fication, trouble de la sensibilité ou autre.

3°. — *Histologiquement* les poils qui tombent sont transformés en poils à bulbe plein sans atrophie très notable de leur portion bulbaire.

La peau alopécique offre des lésions énormes de l'épiderme et des follicules pileux ; le derme et les voies circulatoires ne semblent pas notablement affectés.

L'épaississement de l'épiderme dans toutes ses couches, l'augmentation colossale de l'éléidine (kératohyaline), ainsi que l'atrophie extraordinairement marquée des follicules peuvent être envisagés comme résultant d'un processus de réaction contre un irritant d'une intensité peu commune et pour ainsi dire sans analogues ; cet irritant paraît exalter la vitalité des éléments épidermiques les moins différenciés ou tout au moins différenciés dans le sens de la protection directe sans produire aucune névrose même partielle de ces éléments. Les éléments différenciés dans le sens des formations annexielles (glandes, poils, ongles) entrent au contraire en régression et s'atrophient, sans qu'on puisse saisir le mécanisme intime de cette atrophie (nécrose, trouble vasculaire, oblitération, etc).

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que l'aspect nouveau que prend la structure de la peau de cobaye ainsi irritée présente une certaine analogie avec celles d'autres régions du tégument de cet animal. C'est ainsi qu'au talon par exemple on sait qu'il existe normalement un épiderme tout aussi épais, avec une couche granuleuse presque aussi riche en éléidine, dépourvue de poils et de glandes ; les légères différences qui subsistent consistent dans la présence de cônes épidermiques, vestiges des follicules, dans l'irrégularité des grains d'éléidine et dans la régularité moins grande des papilles.

4°. — Au point de vue *thérapeutique* l'action irritante spéciale des rayons X, produisant l'alopécie temporaire, et l'hyperkératinisation avec éléidine, pourra, ce me semble, être utilisée, lorsqu'on sera parvenu à en rendre les effets plus constants, dans deux ordres de cas bien distincts.

A. — Dans le cas où il y a un intérêt majeur à produire une alopécie temporaire, une élimination totale des poils et de leurs graines, tels que les cas de teignes tondantes, etc.

B. — Peut-être dans les cas de parakératose persistante où l'éléidine fait défaut. Des essais dans ce sens semblent tout au moins justifiés.

REVUE DE LA PRESSE

Amblyopie causée par le thé. — Le Dr Kennetl Campbell, d'Edimbourg, publie dans le *British Medical Journal* (12 mars) un cas d'amblyopie toxique causé par le thé. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'en dehors de l'intoxication par l'alcool et par le tabac que l'on observe fréquemment, les cas d'amblyopie toxique dus à d'autres causes sont bien rarement observés.

Il s'agit ici d'un homme de 46 ans qui avait toujours joui d'une bonne vue jusqu'au mois de septembre 1895, époque où elle baissa graduellement. Le 2 mars 1896 l'acuité visuelle de chaque côté était de 1/20 sans aucune amélioration par des verres. Les milieux étaient très transparents et le fond de l'œil paraissait tout à fait normal. La kératoscopie montrait une légère hypermétropie, d'environ 0.50 dioptrie ; le champ visuel était normal pour le blanc, mais il y avait un scotome central partiel pour le rouge. Partiel, cela veut dire que le malade hésitait quelque temps avant d'affirmer la couleur rouge. C'était un homme vigoureux, bien portant, qui avait toujours eu une vie régulière et tempérante. Il n'y avait aucune maladie organique. Cet homme fumait chaque jour environ trois pipes de tabac, une après chaque repas et d'habitude il ne buvait qu'un verre de bière par vingt-quatre heures, généralement après le dîner. Je lui ordonnai, dit l'auteur, de laisser de côté la bière et le tabac et je lui prescrivis 5 gouttes de teinture de noix vomique à prendre trois fois par jour. Je continuai à le voir régulièrement une fois par semaine pendant deux mois sans constater aucune amélioration. Il était malheureux et insistait beaucoup pour qu'on lui permît de recommencer à fumer, car il souffrait beaucoup de cette privation. Je consentis, dit l'auteur, mais en le limitant à une pipe par jour. Je le revis le 6 avril, la vision était encore exactement la même, 1/20 pour les deux yeux. Faisant une enquête plus approfondie, je trouvai que, depuis plusieurs années, il faisait une abondante consommation de thé fort ; il en prenait chaque jour, en moyenne, douze grandes tasses. Je lui dis d'abandonner entièrement le thé et lui permis de reprendre le tabac et la bière aux doses où il les prenait antérieurement, sans cela il n'aurait pas pu supporter la privation du thé. Le résultat fut remarquable et probant, car à partir de ce moment la vision ne cessa de s'améliorer. Le 4 juin, l'acuité visuelle pour chaque œil était de 1/6, le 2 juillet elle était de 1/3, et le 24 septembre, quatre mois après avoir abandonné le thé, l'acuité était de 2/3 et le champ visuel était redevenu tout à fait normal.

A. Ch.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 mars. — Présidence de M. Wolf.

Sur l'importance du sucre considéré comme aliment. — M. A. Chauveau rapporte une expérience dont il tire ces conclusions

1° Les quantités de sucre ou de graisse qu'il faut ajouter à une même ration fondamentale de viande, pour entretenir également bien le sujet qui travaille, ne sont pas des quantités isodynames. La valeur énergétique 0,756 en sucre agit généralement aussi bien, sinon mieux, que la valeur énergétique 1 en graisse. Cette différence, déjà si notable, à l'avantage du sucre, est même susceptible de s'accentuer d'une remarquable manière.

2° En effet, en ce qui concerne le sucre, le rapport de la valeur nutritive à la valeur énergétique n'est pas constant. Dans certaines conditions physiologiques, comportant l'édification de tissus nouveaux ou la reconstitution des éléments anatomiques d'un organisme épuisé, ce rapport peut être accru considérablement, tandis que, pour la graisse, il reste à peu près au même chiffre ou s'élève à peine.

3° L'augmentation qu'éprouve alors le pouvoir nutritif du sucre tient à ce que, dans lesdites conditions physiologiques, cet aliment favorise l'assimilation en nature des albuminoïdes et aussi à ce qu'il modère le travail de désassimilation.

4° Donc, s'il est erroné de mesurer la valeur nutritive d'un aliment de force à sa valeur thermique, il ne le serait pas moins de déduire cette valeur nutritive exclusivement de la faculté que possède l'aliment de se transformer plus ou moins économiquement en glycogène musculaire.

5° En réalité, tout élément doit être jugé, au point de vue de sa valeur nutritive, à l'aide de deux critères : 1° son aptitude à fournir le potentiel directement et immédiatement employé à la dépense énergétique qu'entraînent les travaux physiologiques ; 2° l'influence indirecte que cet aliment est capable d'exercer sur les dépenses et les restitutions spéciales attachées au renouvellement et à la formation des éléments anatomiques de l'organisme.

6° A ce double point de vue, la supériorité des sucres sur les graisses est de toute évidence. Elle se traduit toujours en toute circonstance, surtout dans les cas où s'active la fonction rénovatrice et formatrice des tissus animaux.

Ceci indique l'importance de la place que le sucre peut tenir dans l'alimentation.

Des différents modes d'élimination de la chaux chez les rachitiques et des diverses périodes du rachitisme. M. J. Babeau, rapporte des expériences qui l'ont amené à ces conclusions :

I. Les déformations rachitiques peuvent, dans la majorité des cas, être rapportées à deux modes d'élimination différents de la chaux :

1° *Élimination de la chaux en excès par les urines*, correspondant à une désassimilation de la chaux qui entre dans la constitution de la charpente osseuse ;

2° *Élimination de la chaux en excès par les fèces*, correspondant à un défaut d'absorption de la chaux, la quantité de chaux éliminée par les urines pouvant, dans ces cas, être normale ou inférieure à la normale.

Ces données permettent d'expliquer les résultats, en apparence contradictoires, qui ont été publiés jusqu'ici, relativement à la quantité de chaux des urines rachitiques.

II On peut, dans le rachitisme, distinguer trois périodes :

Une *période rachitissante*, au cours de laquelle l'enfant élimine de la chaux en excès, soit par ses urines (rachitisme par désassimilation), soit par ses fèces (rachitisme par défaut d'absorption).

Cette déperdition en chaux aboutit au stade des déformations et des fractures spontanées des os : c'est la *période de rachitisme constitué* ou de *rachitisme proprement dit* (seconde période).

A une troisième période, ni les fèces ni les urines ne traduisent de déperdition anormale de chaux ; les déformations seules restent, comme indices d'une période rachitique antérieure, chez le sujet dont la nutrition est redevenue normale.

III. Certaines déformations rachitiques reconnaissent, sans doute, un processus pathogénique : celui qui aboutit aux nouures et aux malformations par augmentation de volume de l'os. Nous en recherchons actuellement la nature et la cause (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend une lettre du secrétaire du comité formé pour l'érection d'une statue à Duchenne, de Boulogne, dans sa ville natale, adressant une liste de souscription à l'Académie.

M. le Président déclare une vacance dans la section d'accouchements et annonce à l'Académie qu'à la fin de la prochaine séance elle se formera en comité secret, pour entendre le rapport de M. Farabeuf sur les candidats dans la section d'anatomie et de physiologie.

La vaccination obligatoire dans les colonies. — M. Chauvel. J'étais au nombre de ceux qui ont combattu, lors de la lecture du dernier rapport officiel de M. Hervieux, la proposition faite par notre honoré et vénéré collègue d'émettre le vœu *que la vaccination soit rendue obligatoire dans les Colonies françaises*. Je pensais, comme beaucoup d'entre nous, qu'il n'était pas prudent pour l'Académie de demander aux pouvoirs publics l'adoption d'une mesure dont l'application pouvait et devait, selon moi, soulever de graves difficultés. M. Hervieux, devant cet argument, devant les sentiments visibles de la majorité des membres présents au comité secret, retira sa proposition. Il y revient aujourd'hui en *son propre et privé nom et sous sa seule responsabilité*.

Bien qu'un peu poussé au noir, le tableau que nous a fait notre vénéré collègue des méfaits de la variole est sensiblement l'expression de la vérité. Comme lui je reconnais qu'arrêter ce fléau, en amoindrir les ravages, est œuvre humanitaire. Et je comprends qu'à la *variolisation*, qui perpétue la redoutable maladie, on cherche à substituer la *vaccine* aujourd'hui sans dangers sinon parfois sans accidents. Mais cette pratique de la *variolisation* elle existait aussi en Europe, en France, il y a cent ans ou plus, et ce

(1) Laboratoire de l'Hôpital général de Montpellier.

n'est que lentement, après des contestations prolongées, après des discussions passionnées, dont j'entends encore retentir cette enceinte, après de longues résistances que la vaccine a triomphé.

Ce qu'ont fait jadis parmi nos populations les partisans de la vaccine, c'est ce que font depuis plus de cinquante ans en Algérie les médecins de l'armée et les médecins de colonisation ; c'est ce que font dans nos autres colonies les médecins de la marine. Plus qu'aucun de nous, le directeur de la vaccine, qui analyse tous les rapports adressés à l'Académie chaque année, connaît la bonne volonté, le zèle de ces confrères, auxquels il n'a jamais ménagé ses louanges. Et les nombreuses récompenses qui leur ont été décernées sur la proposition de l'Académie montrent que celle-ci ne reste pas indifférente envers ceux qui luttent au loin pour la propagation de l'inoculation vaccinale.

Je ne connais pas exactement le nombre des vaccinations ainsi pratiquées, mais il est des plus considérables et va croissant à mesure que nous pénétrons davantage dans les pays, à mesure que se fait plus intime le contact entre les indigènes et les Européens.

Notre collègue n'est, dit-il, en réclamant la vaccination obligatoire pour nos colonies, que l'interprète fidèle des vœux exprimés par les vaccinateurs militaires ou les médecins de colonisation. Je ne suis pas aussi convaincu que M. Hervieux semble l'être à cet égard, et s'il nous a cité différents noms, je connais de mon côté nombre de collègues de l'armée, ayant vécu en Algérie pendant de longues années, qui ne sont pas partisans de l'*obligation*.

Je ne veux pas rechercher ici si les pouvoirs de police édictés pour nos municipalités sont bien *légalement* dévolus aux commandants de cercle en Algérie, aux administrateurs dans nos autres colonies. Quant à la circulaire ministérielle que conseille notre collègue, je crois qu'elle serait un remède bien peu efficace à une situation que je déplore comme lui, parce qu'elle ne saurait, parce qu'elle ne pourrait être appliquée.

Et vraiment, les quelques exemples rappportés dans sa communication prouvent-ils *que rien n'est plus simple et plus réalisable que l'exécution de ces lois dans la pratique*. Je reste d'autant plus surpris de cette conclusion que M. Hervieux nous a dit quelques pages plus haut : « La résistance des indigènes n'est pas seulement ici la conséquence inévitable de l'apathie, de l'insouciance et des idées erronées, c'est le résultat d'un attachement aveugle de une pratique séculaire, c'est l'effet immanquable d'une croyance exaltée par le fanatisme musulman ou par l'horreur innée des indigènes pour toute importation venant des Européens. » S'il en est réellement ainsi, il saute aux yeux que la force seule peut avoir raison d'une semblable résistance, que des mesures de rigueur devront être prises envers les récalcitrants ; que l'amende, la prison au besoin, deviendront les aides nécessaires au vaccinateur.

Je ne sais si notre honoré collègue serait disposé à poursuivre jusqu'à leur extrême limite les conséquences de l'obligation vaccinale ; je suis persuadé, malgré sa foi profonde en la vaccine, qu'il n'irait pas jusqu'à l'emploi de la violence pour imposer l'inoculation préservatrice. Pour moi, je ne me sens pas disposé à le suivre dans cette voie et je ne crois pas que l'hygiène sociale doive gagner à se servir de tels moyens.

Au nom de la science, au nom de la conscience, je voudrais que le mot *obligation* ne sortît jamais des délibérations d'une assemblée médicale. Et si dans l'avenir la vaccine s'acclimate parmi les populations indigènes de nos colonies, je suis persuadé qu'elle le sera par l'évidence de ses bienfaits, par la reconnaissance de ceux dont elle a sauvé l'existence, par la persévérance de nos médecins de l'armée et de la marine et non par les mesures de coercition. Ce ne serait pas sans regret qu'à l'aurore du vingtième siècle nous verrions à la persécution religieuse succéder la persécution scientifique.

Appendicite et grossesse. — M. Pinard. Le 14 décembre dernier, une jeune femme de 25 ans, enceinte, éprouve brusquement une douleur dans la fosse iliaque droite ; bientôt paraissent des vomissements bilieux. Un médecin appelé se borne à faire appliquer des cataplasmes sur le ventre. Le 19, l'état persistant, cette jeune femme fut apportée à la clinique Baudelocque ; la température était à 37, le pouls à 120. Météorisme dans toute la partie sus-ombilicale du ventre, la moitié inférieure étant au contraire remplie par une tumeur molle qui était l'utérus. Le 20, je vis cette malade et partageai la crainte de mon chef de clinique, qui croyait à une grossesse extra-utérine ou à une appendicite. Je penchai pour l'appendicite. L'opération seule pouvait donner une chance de guérison et le même jour, à 3 heures de l'après-midi, cette femme fut opérée par M. Segond. Une incision fit sortir une quantité considérable d'un pus fétide dans lequel nageaient l'ovaire et l'utérus ; une contre-ouverture faite du côté gauche fit sortir également une quantité considérable de pus. Le ventre était plein de pus. La nuit suivante l'enfant fut expulsé ; la mère elle-même succombait à 1 heure de l'après-midi.

L'appendice était perforé en trois endroits. Le sang pris dans le cordon de l'enfant donna des cultures pures de colibacille ; donc le colibacille avait pénétré l'organisme fœtal, le fœtus était infecté.

Cette jeune femme était morte en cinq jours d'une appendicite qui était venue compliquer sa grossesse.

Alors qu'on ignorait complètement les rapports de l'appendicite et de la puerpéralité, on ne citait aucune observation de ce genre. Actuellement, au contraire, on en a publié en Amérique un très grand nombre. En France, M. Dieulafoy a le premier attiré l'attention sur ces faits. Depuis, l'école lyonnaise a fourni un certain nombre de travaux ; à Paris, il y a eu les travaux de M. Le Gendre, de M. Tuffier ; une thèse récente donne trois observations. Il s'est passé pour l'appendicite ce qui s'est passé antérieurement pour la grossesse intra-utérine. J'ai relevé jusqu'à maintenant en France 45 cas d'appendicite étant venue compliquer la puerpéralité. Sur ces 45 cas, il y en a 30 absolument certains.

L'appendicite peut être observée à une période quelconque de la grossesse et même au début du travail ; elle menace alors deux existences et l'enfant peut mourir quelque temps après sa naissance de l'infection qu'il a subie pendant la vie intra-utérine. On trouve dans ces observations tous les types ; la symptomatologie est la même que dans l'appendicite en général.

Le diagnostic est plus difficile pendant la grossesse et pendant les suites de couches, parce que l'utérus masque en partie la région que l'on doit explorer.

Tous les auteurs sont de cet avis : une femme enceinte ayant une appendicite doit être traitée plus rapidement qu'une autre. Une femme ayant déjà une appendicite et

devenant enceinte doit être opérée. C'est là faire de la véritable prophylaxie.

M. Dieulafoy. Il faut savoir quel est le degré d'exaltation de virulence que la grossesse peut donner au colibacille. Des expériences faites par M. Hartmann et répétées par M. Dieulafoy montrent que c'est dans la cavité close que s'exalte la virulence du colibacille. Il sera donc bon, dans les cas que l'on observera désormais, d'étudier la toxicité comparée du colibacille pris dans la cavité close de l'appendice ou pris au-dessus.

Pathogénie de la cirrhose. — M. Riche. M. Lancereaux a fait porter ses observations sur le vin de Paris ; il dit que le vin est généralement plâtré, ce qui est vrai, mais il ajoute que ce vin renferme de 4 à 6 grammes de sulfate de potasse par litre. Cette assertion jette un discrédit très fâcheux et très immérité sur notre industrie vinicole qui soutient actuellement une lutte très intense contre les vins d'Espagne et d'Italie, et contre les Allemands qui falsifient tous nos vins.

Le 11 juillet 1891, le gouvernement a promulgué la loi Griffe qui ne permet le plâtrage que jusqu'à la dose de 2 grammes par litre. On consomme en France du vin de France et du vin d'Espagne. En 1891, envoyé en mission en Espagne, j'ai rapporté du vin de différentes provinces, j'avais 50 échantillons ; les vins y sont généralement peu plâtrés ; auparavant les vins étaient plâtrés en beaucoup plus forte proportion.

A Paris, avant la loi de 1891, les vins de consommation courante n'avaient jamais contenu plus de 2 gr. 50 de sulfate de potasse ; actuellement la proportion habituelle est de 1 gr. 40. Si la sulfate de potasse était la cause efficiente de la cirrhose chez les buveurs, la proportion des cirrhotiques aurait beaucoup diminué depuis l'adoption de la loi Griffe, c'est-à-dire depuis 1891, ce qui ne paraît pas être le cas.

M. Lancereaux dit que la cirrhose est engendrée par l'abus du vin et non par l'abus des spiritueux. Hanot a développé une thèse contraire dans le remarquable rapport qu'il a présenté en 1895 au Congrès de médecine de Bordeaux. Hanot avait conclu que de nouvelles expériences étaient nécessaires et il les avait confiées à M. Boix. Il pensait qu'il fallait tenir compte dans l'étiologie de la cirrhose du foie des substances qui se forment pendant la digestion ; les alcools de la série grasse, l'acide butyrique, etc., ces acides formeraient la cirrhose de Laennec, tandis que l'alcool amènerait surtout la dégénérescence graisseuse du foie. La conception de M. Hanot est justifiée par les expériences de M. Boix et par les observations sur les vins acides faites par divers auteurs.

Le platrage à petite dose ne suffit pas à donner aux vins des contrées chaudes une acidité aussi grande que celle des vins du centre de la France.

En Algérie, le vin plâtré à moins de 2 grammes se conserve difficilement ; de même dans le Midi, et il paraît que l'on commence à ajouter de l'acide tartrique aux vins du Midi.

Des applications de l'entomologie à la médecine légale. — M. Mégnin lit un travail sur ce sujet.

Sur les applications locales de salicylate de méthyle. MM. Linossier et Lannois. Comme conclusion de nos études sur l'absorption cutanée, nous avons soumis il y a deux ans à l'Académie une méthode de traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle. Il nous paraît utile aujourd'hui de résumer, d'après nos recherches et celles des nombreux expérimentateurs qui nous ont suivis, les résultats obtenus par cette méthode et d'en fixer les indications.

L'absorption cutanée de salicylate de méthyle était hors de discussion après nos premières expériences ; quant à son action thérapeutique, nous avions pensé qu'elle serait celle du salicylate de soude à l'intérieur, augmentée d'une action analgésique locale, et sans action irritante pour l'estomac. C'est ce que l'expérience a vérifié.

Les symptômes d'intoxication si fréquents après l'usage du salicylate de soude sont absolument exceptionnels. Même avec des doses massives (M. Lemoine a employé jusqu'à 24 grammes) on ne constate ni vertiges ni bourdonnements d'oreilles.

Dans le rhumatisme articulaire aigu l'influence du salicylate de méthyle sur l'évolution de la maladie semble la même que celle du salicylate de soude, mais la douleur est plus vite calmée (Lemoine). Elle peut reparaître après douze heures, d'où l'indication de pratiquer deux badigeonnages par jour. On peut faire les applications en un point éloigné des articulations douloureuses, sans modifier sensiblement les résultats. Le seul motif de préférer le salicylate de méthyle au salicylate de soude est ici l'intolérance des voies digestives.

Dans la plupart des formes subaigues, dans les poussées aigues des formes chroniques du rhumatisme, l'affection étant mieux localisée, le salicylate de méthyle offre au contraire sur le salicylate de soude une supériorité marquée. C'est, dit M. Siredey, le médicament de choix. A l'action générale des salicylates, il joint une action locale qui peut devenir prépondérante. Il agit très bien contre l'arthrite goutteuse, avec un peu moins de constance dans les rhumatismes infectieux ; il a été employé avec succès contre beaucoup de névralgies et de névrites sciatiques, névrites des typhiques, des tuberculeux, des alcooliques.

Enfin, comme analgésique, il a pu rendre service dans beaucoup d'affections douloureuses, mais en dehors des cas que nous venons d'énumérer on ne peut compter sur son action.

La dose moyenne de 4 gr. que nous avions proposée peut être modifiée dans une large mesure. M. Lemoine l'a élevée sans inconvénient à 24 gr., M. Siredey à obtenu des résultats thérapeutiques avec 2 gr. à 3 gr. C'est dans le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme infectieux qu'il faut atteindre les plus fortes doses (10 à 12 gr.).

Nous avons déjà protesté contre la substitution au salicylate de méthyle de l'essence de Wintergreen naturelle, d'une composition inconstante, d'une odeur plus pénétrante.

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué au badigeonnage enveloppé, tel que nous l'avons conseillé, des applications de pommades. Nous avions déjà indiqué que le mélange de vaseline ou d'axonge au salicylate de méthyle ralentit l'absorption. Nous avons fait à nouveau des expériences qui nous ont donné les résultats suivants. Après application directe sur la peau de 2 gr. 50 de salicylate de méthyle, nous retrouvons dans l'urine 0 gr. 30 d'acide salicylique ; si le salicylate de méthyle est incorporé à 30 gr. de vaseline 0 gr. 15, à 30 gr. de lanoline 0 gr. 16 ; à 30 gr. d'exonge 0 gr. 19. Enfin, si la pommade à la vaseline est appliquée sans enveloppement on ne retrouve dans l'urine que 1 centigramme d'acide salicylique.

La vaseline, l'axonge, la lanoline, diminuent donc nota-

blement l'absorption du salicylate de méthyle par la peau Si la pommade est appliquée sans enveloppement, l'absorption est à peu près nulle.

Nous ne pouvons donc que recommander la technique que nous avons déjà décrite, en insistant une fois de plus sur la nécessité d'un enveloppement hermétique.

A 5 heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 mars 1897. — Présidence de M. Sevestre.

Angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles. — M. G. H. Lemoine (Val-de-Grâce) a fait des recherches bactériologiques qui concordent entièrement avec celles de M. Vincent. Mais, au point de vue clinique, il se range à l'avis exprimé par MM. Le Gendre et Sevestre et classe ces angines sous le titre d'angines ulcéro-membraneuses. Ses malades présentaient, en effet, un véritable ulcère de l'amygdale, à bords taillés à pic, à fond anfractueux offrant absolument l'aspect d'un chancre syphilitique; il existait, en outre, un gonflement douloureux des ganglions rétro-maxillaires, surtout au début des accidents.

Mécanisme de certaines gangrènes symétriques des membres inférieurs par oblitération artérielle. — MM. Widal et Nobécourt. La gangrène sèche symétrique des membres inférieurs est signalée dans un certain nombre d'observations. On a constaté, en général, dans ces cas, soit l'athérome, soit l'embolie des iliaques de l'un et de l'autre côté, soit encore une thrombose ou une embolie de l'aorte (cas de Rendu, cas d'Apert). Nous venons d'observer un cas de gangrène des deux jambes consécutive à une seule embolie arrêtée dans l'iliaque primitive gauche. Le mécanisme de la symétrie de cette gangrène nous a paru digne d'être exposé. Voici d'abord le fait.

Un homme de quarante-cinq ans entre dans notre service avec une jambe gauche douloureuse depuis deux jours, froide et recouverte de plaques violacées remontant à trois travers de doigt au-dessus de la rotule. Le trajet de la fémorale gauche est douloureux; on ne sent plus les battements artériels. Six jours après le début de ces accidents, le malade éprouve subitement les mêmes phénomènes dans la jambe droite. Le creux poplité devient très douloureux; les battements de la fémorale au triangle de Scarpa, jusque-là nettement perceptibles, sont devenus à peine sensibles, puis disparaissent trois jours plus tard. La peau des deux membres devient insensible à la douleur et à la chaleur. Les jours suivants les lésions s'élèvent du côté gauche jusqu'au tiers moyens de la cuisse, les deux membres commencent à se momifier et sont parcourus, à intervalles plus ou moins espacés, par des douleurs très vives. L'état général s'aggrave, la fièvre dépasse 39°, le malade a du délire la nuit; la diarrhée est abondante.

Vingt jours après le début des accidents, les battements de la crurale droite réapparaissent légèrement au niveau du triangle de Scarpa. Les lésions du membre inférieur se limitent, de ce côté, au-dessus de la rotule. Une eschare profonde, qui remonte jusqu'à la région lombaire, apparaît sur la fesse gauche. Le malade meurt vingt huit jours après le début des accidents.

A l'autopsie, vers la partie moyenne de l'iliaque primitive gauche, nous avons trouvé un caillot embolique noirâtre adhérent à la paroi de l'artère, mais ne se laissant pas détacher sans abandonner quelques fragments à cette paroi, dont la texture, cependant, paraissait normale. Des caillots secondaires non adhérents se prolongent en bas dans l'iliaque externe et dans l'artère fémorale. En haut, un caillot secondaire remonte jusqu'à la bifurcation de l'aorte, fait dans ce vaisseau un éperon de trois centimètres, à pointe tournée en haut, puis redescend dans l'iliaque primitive droite et se prolonge dans l'iliaque interne et dans l'iliaque externe. Tous ces caillots secondaires étaient libres, sans adhérences; ceux du côté droit surtout flottaient dans les artères dont ils ne remplissaient pas le calibre.

Le rein gauche et la rate étaient farcis de gros infarctus, de même nature que l'oblitération embolique de l'iliaque primitive gauche Le cœur était dilaté, contenant des caillots cruoriques.

Nous venons de voir comment l'oblitération embolique de l'iliaque primitive peut aboutir à la gangrène symétrique des deux jambes, par formation de caillot secondaire en aval comme en amont de l'embolie. C'est le caillot prolongé qui, dans le cas actuel, par une voie détournée, a fait la gangrène symétrique

Sur un caractère biologique différentiel du bacille d'Eberth et du coli bacille. — MM. L. Thoinot et Georges Brouardel. Ce caractère différentiel, très net, est donné par le développement des deux micro organismes en bouillon peptonisé contenant de l'acide arsénieux.

Le bacille d'Eberth ne pousse jamais dans des bouillons contenant plus d'un centigramme d'acide arsénieux pour un litre. Il est également impossible d'entraîner cet organisme, c'est-à-dire qu'il est impossible, partant de bouillons beaucoup plus faiblement arséniés, et procédant par passages successifs en milieux graduellement plus forts, d'arriver à faire développer l'Eberth dans un bouillon ayant plus d'un centigramme d'acide arsénieux pour 1000.

Le coli-bacille, au contraire, pousse toujours d'emblée, quelle que soit sa provenance, dans des bouillons contenant une dose de 1 gr. 50 d'acide arsénieux pour 1000. Mais certains échantillons poussent même d'emblée dans des bouillons dosés à 1 gr. 75 et 2 grammes d'acide arsénieux pour 1000, ce qui semble indiquer la pluralité des races de coli opposée à l'unité du bacille d'Eberth.

Le coli-bacille est, d'autre part, remarquable par la facilité de son entraînement en milieu nutritif arsénié : on peut, partant d'une culture en bouillon arsénié à 1 gr. 50 pour 1000, arriver, par passages méthodiques et graduellement croissants, à obtenir une culture en milieu arsénié contenant jusqu'à 3 grammes du poison pour 1000.

Entre l'organisme résistant ainsi à une dose énorme d'acide arsénieux et le bacille d'Eberth, incapable de se développer en présence de la dose minime d'un centigramme pour 1000, il y a vraiment une différence biologique remarquable, à ajouter à celle que l'on connaît déjà (réaction de l'indol, fermentation de lactose) et à mettre sur le même pied.

La même réaction biologique vis-à-vis de l'acide arsénieux fournit aussi une différenciation dans le gouppe des paracoli-bacilles.

M. Widal. Les expériences de MM. Thoinot et Brouardel montrent une fois de plus toutes les différences qui séparent le bacille typhique et les diverses variétés de coli-bacilles. La méthode des mensurations appliquées par ces

auteurs à l'étude de l'action de l'arsenic sur de nombreux échantillons de ces microbes nous montre tous les bacilles typhiques, quelle que soit leur origine, égaux devant l'arsenic. Les coli-bacilles présentent, au contraire, dans leur sensibilité vis-à-vis de ce poison, des différences variables d'un échantillon à l'autre. Les réactions chimiques nous montrent, comme la réaction agglutinante, que le bacille d'Eberth est un des plus spécifiés parmi les microbes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE
(1er ET IIe ARRONDISSEMENTS)

Séance du 21 décembre. — Présidence de M. AL. CHASSEVANT.

M. le PRÉSIDENT annonce la mort du professeur Tarnier ; le Bureau et plusieurs membres de la Société se sont rendus aux obsèques ; une couronne en fleurs naturelles a été envoyée au nom de tous nos collègues. Suivant la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé à Paris et M. Chassevant n'a pu prendre la parole au nom de la Société, mais avant de passer à l'ordre du jour, il s'exprime ainsi :

Messieurs,

Avant de commencer nos travaux, je tiens à rendre, en votre nom, un dernier hommage à notre maître Tarnier, qui en même temps fut notre collègue à la Société.

Je n'ai pas à vous parler de sa vie et de son œuvre, vous la connaissez mieux que moi, et d'autres plus autorisés l'ont retracée ailleurs.

Je veux simplement rappeler que son bon cœur, sa bienveillance, l'ont toujours rendu affable envers ses élèves et ses jeunes confrères.

En faisant partie de notre Société, il a voulu affirmer la solidarité professionnelle qui, dans chaque arrondissement, doit rapprocher et unir les médecins, quelles que soient leurs conditions, pour le bien général de la médecine et le maintient de notre dignité.

Cet acte fait par Tarnier doit être pour nous un enseignement, il est un honneur pour notre Société.

Je crois être votre interprète à tous, en affirmant que la Société Médicale du Louvre conservera toujours pieusement la mémoire de notre Maître ; car elle est fière d'avoir compté parmi ses membres l'homme qui a révolutionné l'obstétrique ; le savant, le philantrope qui, en introduisant l'antisepsie dans les accouchements, a su ramener l'acte de l'enfantement à n'être qu'une fonction physiologique, alors qu'avant lui, la mortalité effroyable des femmes en couches en avait fait un acte pathologique.

Je ne vous propose pas de lever la séance, car travailler est encore la meilleure manière d'honorer la mémoire de notre Maître, celle qu'il nous conseillerait s'il pouvait encore venir s'asseoir à cette table. (*Approbation unanime.*)

M. BEAUSSE, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la séance précédente ; adopté sans modification.

M. SEBILLOTTE. La correspondance comprend : 1° Une lettre de candidature de M. le Dr Gallard, présenté par MM. Ern. Desnos et Moutier ; M. Gourc est nommé rapporteur ; 2° une lettre de candidature de M. le Dr Queudot, présenté par MM. Kuhff et Moutier : M. Rodier, rapporteur ; 3° une lettre de M. Cayla, annonçant que la réunion générale des membres des Sociétés d'arrondissements aura lieu le 17 janvier 1898, et demandant si la Société du Louvre a quelque proposition à faire.

M. le Dr LATASTE, fait le rapport sur la candidature de M. le Dr Tourreil ; M. MOUTIER, le rapport sur la candidature de M. le Dr Regnier. MM. Tourreil et Regnier sont reçus membres de la Société.

M. AL. CHASSEVANT prononce l'allocution suivante :

Messieurs, au moment de quitter le fauteuil de la présidence, où vos suffrages m'ont appelé l'an dernier, à pareille époque, permettez-moi de prendre la parole pour vous remercier encore une fois, du grand honneur que vous m'avez fait.

Je veux aussi remercier le Bureau, qui a su me seconder avec tant de zèle et d'application et a rendu mes fonctions légères à remplir.

Je veux exprimer tout particulièrement à votre Secrétaire général, Sebillotte, tous mes remerciements et les vôtres, pour le dévouement avec lequel il a rempli ses fonctions si délicates et si absorbantes.

Assidu à nos séances et aux réunions du Conseil des Sociétés d'arrondissements, il nous a tenu au courant de l'opinion générale sur les grandes questions, qui, cette année, ont agité le corps médical : *Ordre des médecins*, *Affaire Laporte*.

Il a su rendre nos séances attrayantes et instructives, en provoquant les communications scientifiques et professionnelles, de la part de nos membres, et encore en nous faisant une communication à propos de superbes radiographies de notre confrère Destot, de Lyon.

La révision de nos Statuts a été aussi l'occasion de nombreuses démarches de sa part. Elles ont abouti à la rédaction définitive que vous avez votée en séance.

Je pense être votre interprète, en vous proposant de voter par acclamation des remerciements à notre Secrétaire général.

Je dois vous faire la même proposition pour notre Trésorier, Bretonneau, dont les fonctions plus modestes, plus effacées, n'en sont pas moins capitales. La ponctualité avec laquelle il remplit ses devoirs, l'exactitude de ses comptes, font que notre trésorier est pour nous un précieux auxiliaire, un véritable pilier de notre Société.

Vous vous associerez aussi sans doute, aux remerciements que j'adresse à notre Secrétaire des séances, Beausse, sa tâche n'est pas une sinécure, surtout depuis que nous venons nombreux autour de cette table, écouter de savantes communications et discuter longuement nos intérêts professionnels.

Je n'en finirais plus, s'il fallait remercier individuellement les nombreux collègues qui, au cours de cette année, sont venus nous intéresser avec leurs communications, et ceux encore plus nombreux qui, par leur présence, et en prenant part aux discussions générales, sont venus donner à nos séances mensuelles leur animation. Permettez-moi de vous en remercier tous à la fois.

Mais je dois vous prier de voter spécialement à notre confrère Chevallereau des remerciements particuliers ; en publiant nos comptes rendus dans la *France Médicale*, il nous permet de revivre les bonnes heures passées dans cette enceinte, nous lui en savons un grand gré.

Avant de terminer, je veux vous rappeler que deux de nos collègues sont arrivés aux hôpitaux.

Demelin, accoucheur, Le Noir, médecin ; notre collègue

Chambellan a eu la rosette d'officier d'Instruction publique. Je les en félicite en votre nom et au mien.

En terminant, je constate, Messieurs, la prospérité croissante de notre Société, sa forte installation. Je souhaite que dans un délai rapproché, la plupart des médecins des Ier et IIe arrondissements, comprenant leur intérêt, fassent partie de cette vaillante Société, elle peut beaucoup et fera encore plus pour le relèvement moral et matériel de notre profession.

Pour moi, le titre d'ancien Président de la Société médicale du Louvre, sera toujours un honneur ; cette année de présidence, un heureux souvenir du temps passé au milieu de bons confrères et de sympathiques amis ; c'est pourquoi je vous serai toujours reconnaissant de l'honneur que vous m'avez fait.

Les paroles de M. Chassevant soulèvent à plusieurs reprises les applaudissements de ses collègues.

Conformément aux nouveaux statuts, M. Sebillotte, *Secrétaire général*, passe en revue les travaux de la Société pendant l'année 1897.

L'entrain, dit-il, a été grand ; le nombre des membres s'est augmenté ; des communications intéressantes ont rempli toutes les séances ; les démarches faites pour soutenir la dignité et les intérêts professionnels ont été couronnées de succès. En terminant, il fait appel aux confrères qui ne font pas partie de la Société et montre les avantages qu'il y a pour tous de s'unir et de se connaître.

Par leurs applaudissements répétés, les membres de la Société médicale du Louvre soulignent et approuvent les sentiments d'union et de solidarité exprimés par leur Secrétaire général.

Suivant l'ordre du jour, il est procédé aux élections du Bureau pour 1898. — Sont nommés à l'unanimité des votants :

MM. Moutier, *Président* ; Suss, *Vice-Président* ; Sebilloite, *Secrétaire général, Archiviste* ; Beausse et G. Didsbury, *Secrétaires des séances* ; Bretonneau, *Trésorier*.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le Secrétaire des séances : Dr Beausse.

Le banquet annuel de la Société médicale du Louvre a eu lieu chez Marguery, le 18 janvier 1898, sous la présidence de M. le Dr Moutier, président.

Étaient présents : MM. Moutier, Suss, Al. Chassevant, Desnos, Chevallereau, Bretonneau, Bruchet, Spindler, Rodier, Berne, Faure, Sebillotte, Tourreil, Kuhff, Glenardeau, Louis Dubrisay, Vignes, Ducor, Lemoine, Brunelet, Capdepont, Lamare, Durville, Gourc, Jaubert, Muller, Vimont, Chassevant père, Carra.

S'étaient excusés pour cause de maladie ou de deuils : MM. Douvillé, Ernest Richard, Le Noir, Lataste, Gigon, Morin, Richer, Bergeron, Picqué, Didsbury.

M. Moutier a remercié ses collègues de lui avoir donné la présidence pour 1898, il pense bien avec l'aide de tous les membres de la Société et plus particulièrement de ceux du bureau suivre l'exemple que lui ont laissé ses prédécesseurs ; il boit à la prospérité de la Société médicale du Louvre et remercie les organisateurs du banquet.

M. Al. Chassevant ne veut pas quitter la présidence sans dire tout le plaisir qu'il a eu à diriger les séances de 1897, il porte, et après lui M. Lemoine, un toast aux membres de la Société.

Le dîner et la soirée se sont poursuivis dans l'intimité la plus parfaite et dans la plus franche gaieté.

Le Secrétaire général : Sebillotte.

SOCIETÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 9 février 1898. — *Présidence de* M. L. Gourichon

A propos du procès-verbal, M. Gibert fait connaître au sujet de la nouvelle organisation du service des accouchements l'avis de M. le Directeur de l'Assistance publique, qui approuve pleinement les modifications proposées par la Société. Pour ce qui est du dispensaire de la rue Ordener, trop chargé, l'Administration propose de créer une nouvelle place de médecin.

Correspondance et communications diverses. — Lecture par M. Billon, secrétaire général, de la correspondance qui comprend : une lettre de M. Dusseaud qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et envoie son rapport sur la candidature du Dr Gaillard. — Des lettres de remerciements de MM. Gourichon, Albert Weil, Dorison et Bois remerciant la Société de les avoir élus membres titulaires dans la dernière séance. — Lettre du Dr Le Coin, secrétaire général précédent, annonçant l'envoi à son successeur d'un paquet contenant : le timbre de la Société, le récépissé de la Monnaie des pièces à monnayer les médailles, des médailles d'argent et de bronze, des lettres et enveloppes à en tête de la Société. — Une lettre du Dr Tarrius qui envoie sa cotisation, très heureux de pouvoir continuer à faire partie de la Société. — Lettre du Dr Cart, demandant que les médecins des bureaux de bienfaisance portent le titre de *médecins de l'Assistance publique*. — M. Malbec demande à la Société de mettre cette question à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Billon fait part à la Société de la mort du Dr de Piétra Santa, un des plus anciens membres associés libres, directeur du *Journal d'Hygiène*, fondateur de la Société d'hygiène. Il communique une circulaire envoyée aux médecins des bureaux du service à domicile, à propos de l'admission des malades à l'hôpital ; si le malade n'a pas été admis, quelle que soit la cause de la non-admission, le médecin appelé de nouveau devra se rendre chez le malade sans nouvel avis du bureau, sur la demande de la famille. — Il annonce que le docteur Thominet a été nommé officier d'académie le 27 décembre dernier, à l'occasion de l'inauguration de la crèche de la rue Bolivar. — Le bulletin municipal du 22 janvier donne l'avis qu'un concours aux places de médecins du traitement à domicile et du service de consultations aura lieu le lundi 18 avril prochain, les inscriptions seront reçues jusqu'au 18 mars. — Le bulletin municipal du 7 février publie un arrêté préfectoral qui désigne pour une période de trois années les médecins inspecteurs des écoles de Paris. Les membres de la Société nommés sont MM. Paul Richart, Ernest Richard, Carpentier, Méricourt, Gerson, Vigouroux, Gourichon, L. Guyard, Garnier, Gervais, Delisle, Deffaux, Tolédano, Hischmann, Tourangin, Bimsenstein, Yvon, Gibert, Gourichon H., Pierin, Bonne, de Pradel, Marieux, Lagelouze, Destrem, Doury, Dusseaud, Thominet, Laurent, Fagard, Morin, Hugonin, Lomier, Kinzelbach, Braunberger, Delarue, Nogué, Dufestel.

M. Kinzelbach, trésorier, donne lecture du compte rendu financier de l'année 1897. Les comptes sont approuvés et de très vives félicitations sont adressées à M. le trésorier pour son zèle et son dévouement à la Société.

Compte rendu de la visite annuelle du Bureau au directeur de l'Assistance publique, par M. L. Gourichon, président. Après avoir affirmé les bons rapports entretenus entre la Société et l'administration, le président a parlé des modifications à apporter au règlement du concours et des desiderata suivants :

— Concours unique pour tout Paris au lieu du concours par arrondissement.

— Liberté de changer d'arrondissement en cas de places vacantes sans subir un nouveau concours.

— Augmentation du nombre des membres du jury.

— Présidence du jury dévolue à un médecin. Sur ce dernier point, M. le directeur n'a pas caché son assentiment.

Pour la réorganisation du service des accouchements à domicile, M. Peyron s'efforcera de nous donner satisfaction.

Quant au relèvement de l'indemnité aux médecins des consultations dont le service est trop chargé, M. Peyron est d'un avis tout différent. Il estime qu'il y a une limite aux forces du médecin, lequel est dans l'impossibilité d'examiner un trop grand nombre de malades, même si son indemnité est relevée.

Il est ensuite procédé au vote sur les candidatures suivantes après audition des rapports de MM. L. Gourichon, Rotillon, Thominet et Dusseaud :

13e arrondissement : M. Boudin, rue des Petits-Champs, 16.

18e arrondissement : M. Gaillard, rue des Abbesses, 54.

19e arrondissement : M. Mathieu, boulevard Sébastopol, 74. — M. Sangline, rue de Flandre, 126.

Ces 4 candidats sont admis à l'unanimité membres titulaires de la Société.

M. Yvon lit l'analyse du livre du Dr Commenge, sur la *prostitution clandestine*. Des félicitations seront adressées par les soins du secrétaire général au Dr Commenge pour son livre. (*Sera publié.*)

Un cas de fièvre ganglionnaire. — M. Noir relate sous le titre « un cas de fièvre ganglionnaire » une observation personnelle. Ce cas se rapporte à un enfant qui, à la suite d'une angine très bénigne, et alors que cette angine était en complète voie de guérison, eut des accès de fièvre avec adénite sous-maxiliaire unilatérale.

M. Rotillon demande, puisqu'il y a eu angine primitive, pourquoi l'auteur en fait un cas de fièvre ganglionnaire pure.

M. Séailles a vu dans la dernière épidémie de grippe une parotidite unilatérale, non ourlienne par conséquent, et dont l'aspect clinique avait beaucoup de rapports avec le cas de M. Noir.

M. Blind ne voit là qu'une complication ordinaire de l'angine.

M. Gourichon et avec lui M. Pascal rappellent que la lésion primitive ou porte d'entrée peut être insignifiante et passer inaperçue, alors que la lésion secondaire, par son importance passe au premier plan.

Du service des consultations dans les arrondissements trop chargés : augmentation du nombre des médecins ou relevement de l'indemnité. — M. Bimsenstein lit un travail sur cette question et conclut au relèvement de l'indemnité.

M. Dufournier pense que la demande d'augmentation n'aurait aucune chance d'aboutir, car la Société vient d'obtenir tout récemment satisfaction de ce côté.

M. Bimsenstein fait remarquer que le relèvement d'indemnité dont on parle s'applique au service à domicile, mais non à celui des consultations. Du reste la réorganisation de ce service est décidée par l'administration et commencée même dans certains arrondissements.

Aussi M. Rotillon est-il d'avis d'ajourner la question, l'administration étant nettement favorable au projet d'augmentation du nombre des médecins; et il lit une lettre du Dr Benoit du XVIIIe arrondissement, parlant de la division de la consultation opérée dans son arrondissement.

M. Malbec, plus éclectique, propose un moyen terme, le dédoublement du service dans certaines consultations, dans d'autres l'augmentation de l'indemnité.

La discussion est close et la question ajournée.

Désinfection chez les tuberculeux. — M. Billon rend compte à la Société de la séance du comité de perfectionnement du service municipal de désinfection, à laquelle avaient été convoqués les médecins du service à domicile dans la circonscription desquels les cas de tuberculose sont soumis à une désinfection périodique a titre d'essai.

S'étaient rendus à cette convocation : MM. Billon, Weill, Peltier, Pascal qui ont déposé leurs conclusions.

Ils ont réclamé pour que les plaquettes contenant les instructions sur la prophylaxie des maladies contagieuses soient distribuées dans le plus bref délai.

La Commission a enregistré avec intérêt les communications de nos collègues et les à engagés à poursuivre pendant l'année 1898 les essais de désinfection tentés en 1897, en leur adressant des remerciements pour leur concours si précieux.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Le secrétaire annuel : Dr Pascal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Des psychoses opératoires — M. Walther. Dans son mémoire, M. Picqué cite l'observation d'une malade ayant eu une contusion de la cuisse et qui, étant entrée à l'hôpital, fut opérée pour une salpingite suppurée. Cette malade atteinte de mélancolie se présente après sa guérison en disant qu'elle avait été opérée sans être prévenue. Or c'est moi qui ai opéré cette malade, elle avait tous les symptômes d'une très volumineuse tumeur fluctuante, qui nous avait fait diagnostiquer une péritonite suppurée. J'étais intervenu d'urgence et la laparotomie nous montra une large péritonite suppurée.

Les troubles psychiques n'ont pas été consécutifs à l'intervention, mais la précédaient; c'est probablement ainsi que se passèrent tous les cas de psychoses post-opératoires.

M. Richelot. Quand on incrimine les opérations gynécologiques, il s'agit presque toujours d'ablation des annexes, et on laisse de côté les interventions partielles. Des cas de folies après opération que j'ai vus, il résulte que les malades étaient toujours folles auparavant et que la nature de l'intervention n'a qu'un rôle secondaire. Je peux citer à cet appui deux cas que j'ai observés; chez l'une, hystérectomie pour salpingite suppurée double, chez l'autre hémato-

salpinx à laquelle j'avais laissé un ovaire et l'utérus. A la suite d'hystérectomie abdominale pour fibrôme, une de mes malades a essayé de se suicider une première fois, puis s'est tuée quelque temps après ; cette malade avait eu une première tentative avant l'intervention. Une simple colporrhaphie faite chez une de mes malades en 1896 détermina une attaque de délire, qui exigea son transport à Sainte-Anne. En somme opération annexielle ou opération banale chez des prédisposées peuvent aussi bien réveiller un état psychique plus ou moins délirant.

Une autre variété de malades consiste en troubles nerveux; ce sont des neurasthéniques, des hystériques que l'on opère en plein état délirant, méconnu mais reconnu plus tard, au moment d'une exacerbation post-opératoire.

Dans aucun cas je n'ai vu une opération sur la sphère génitale produire de toute pièce une réelle vésanie.

Traitement des abcès du foie. — M. Picqué. Le diagnostic des abcès du foie peut parfois être des plus difficiles. La nature du pus est encore plus difficile à prévoir. Serait-ce un kyste hydatique suppuré, abcès du foie ? On ne peut le savoir. Mais les mêmes indications opératoires se retrouvent dans un cas comme dans l'autre. Il n'en est pas de même pour les abcès périhépatiques, et en particulier pour les sus-hépatiques. La pleurésie diaphragmatique peut mettre dans l'erreur. Chez une malade de Bruchet j'ai pu voir deux ponctions blanches venir troubler le diagnostic porté de suppuration. Or, après résection de la 9e et de la 10e côte on trouva un abcès du poumon au lieu d'un abcès du foie attendu.

M. Nimier. — La ponction du foie simple, faisant une saignée d'écongestionnante, peut donner une amélioration très évidente. J'ai eu l'occasion d'en voir un fait des plus nets. Mais quelques jours plus tard, une nouvelle ponction donna issue à du pus. La laparotomie détermina la guérison.

Chez un second malade deux ponctions faites à 2 mois d'intervalle ont amené la disparition de la fièvre et de la douleur, puis la guérison définitive.

Ce sont les Anglais surtout qui ont insisté sur la saignée du foie comme décongestionnant le foie. Comment agit cette saignée, il est difficile de le dire et peut-être un jour la question se trouvera-t-elle élucidée.

Orteil d'acro-mégalique. — Présentation de pièce par M. Potherat.

Cholécystectomie et gastro-entérostomie. — Présentation du malade par M. Tuffier.

— Au cours de la séance sont élus correspondants nationaux : MM. Chevassus, armée; Brault, prof. école d'Alger; Braquehaye, prof. agrégé, Bordeaux ; Broussin, Versailles.

VARIÉTÉS

Le Dr Paul-Louis Duroziez (1826-1897)
Sa vie, ses œuvres (1)

Par le Dr de Beauvais.

(*Suite*) (1)

Duroziez attachait la plus grande importance au double souffle crural et il y revenait avec une certaine complaisance. A ce sujet, il a soutenu de vives discussions très retentissantes avec le Dr Alvarenga et, plus récemment, avec le Dr Chrétien.

Voici d'ailleurs comme il raconte lui-même sa première tentative d'application de ce moyen précieux de diagnostic différentiel : « Bouillaud attribuait au péricarde un certain nombre de souffles d'insuffisance aortique. Le souffle du deuxième temps perçu au niveau du cou pouvait indiquer qu'il se passait dans les artères et dénoncer l'insuffisance aortique, mais on était bien près du cœur et on disait que c'était la propagation du bruit péricardique.

Nous eûmes alors l'idée de nous éloigner du cœur et d'aller chercher, au niveau de l'aine, le souffle du deuxième temps. Là, le péricarde ne pouvait être mis en cause, le maître ne fit pas bon accueil à notre trouvaille et nous restâmes quelque temps à la publier.

Un jour Trousseau nous pria d'examiner une malade chez laquelle il avait diagnostiqué une insuffisance aortique; il y avait une fièvre vive, les bruits étaient ceux de la péricardite. Nous rapportâmes à Trousseau notre diagnostic qui nous paraissait intéressant, non pas pour avoir trouvé la péricardite, mais pour avoir dit que, derrière elle, il n'y avait pas d'insuffisance aortique.

Nous nous appuyions sur l'absence complète de double souffle crural. Nous revîmes la malade le lendemain et nous affirmâmes à nouveau notre diagnostic; elle mourut le surlendemain.

A l'autopsie, on trouve une magnifique péricardite, aucune trace d'insuffisance aortique.

« Pour avoir été aussi affirmatif, me dit alors Trousseau, il faut que vous ayez des ficelles, montrez-les moi. » Je lui indiquai le double souffle crural.

Dans un autre cas, deux chefs de service et les internes avaient diagnostiqué une péricardite infectieuse. De son côté, M. Duroziez avait reconnu une insuffisance aortique et pas de péricardite. La malade guérit promptement, mais l'insuffisance aortique persista.

Duroziez ajoute : « C'est le double souffle crural, qui a fait tous les frais du diagnostic. L'auscultation exige un exercice continu pour entretenir la finesse de l'oreille et la perception exacte des bruits du cœur, comme le musicien a besoin d'exercer l'agilité, la souplesse des doigts. »

— Messieurs, pour mon compte j'ai voulu revivre les 29 années que notre cher Duroziez a passées parmi nous, en parcourant les nombreux bulletins de la Société dans lesquels il a prodigué tous les secrets de ses recherches, de ses découvertes curieuses et originales. J'y ai éprouvé un vif plaisir et fait un sérieux profit.

J'engage nos jeunes collègues à les lire car ils y trouveront les éléments détaillés et très instructifs du remarquable traité de clinique, publié par cet observateur consciencieux et convaincu.

Pour apprécier à sa juste valeur l'œuvre spéciale de Duroziez, je n'ai pas voulu me fier à mon impression personnelle, à mes lectures attentives. J'ai cru devoir recourir aux lumières des maîtres en pathologie cardiaque qui avaient eu, avec notre cher et regretté collègue, de fréquentes relations dans les hôpitaux, au lit des malades et s'étaient longtemps entretenus avec lui sur ce sujet si difficile et si intéressant.

Je suis heureux, Messieurs, de vous apporter, aujourd'hui, ces précieux témoignages de sympathie profonde fournis par les maîtres les plus compétents et les plus autorisés

(1) V. *France médicale* 1898, n° 10.

ils formeront la plus belle et la plus importante page de l'éloge que vous m'avez fait l'honneur de me confier, travail que je me suis efforcé d'écrire avec tous mes soins et tout mon cœur pour la mémoire inoubliable de ce cher disparu.

Cet éloge d'une si belle vie consacrera dans nos annales le souvenir impérissable du plus affectionné, du plus estimé de nos collègues et sera l'expression durable de nos douloureux et profonds regrets.

Voici, messieurs, l'appréciation du Dr Huchard :

Duroziez était un homme d'un caractère absolu, indépendant, tenace dans ses idées particulières, acceptant difficilement celles des autres, n'admettant pas volontiers la contradiction, mais sincère dans la discussion et avouant loyalement ses erreurs quand il les avait reconnues.

Il appliquait la percussion profonde avec un doigt un peu dur quelquefois pour le malade, il pratiquait l'auscultation avec un soin méticuleux et un talent remarquable. Son diagnostic était précis, presque toujours juste, mais il s'exagérait parfois les indications fournies par la qualité, le timbre et le siège d'un bruit du cœur ou des vaisseaux, veines ou artères.

La qualité d'un bruit, le lieu où il se produit, ont-ils bien une valeur absolue et une importance capitale pour le diagnostic? Déterminer nettement qu'il y a une affection organique plus ou moins complexe du cœur, c'est là le principal pour le traitement du malade et, dit encore M. Huchard, il y a, à l'auscultation, des mitraux, qui sont pour moi des aortiques. L'erreur est possible.

Le double souffle crural n'a pas toujours, pour moi, la valeur que lui attribue M. Duroziez, clinicien habile, chercheur persévérant, laborieux et infatigable.

Duroziez, par ses observations nombreuses et incessantes, a réussi à se créer une notoriété incontestable, une place sérieuse et légitime dans l'étude des signes des maladies du cœur. Son nom restera attaché pour toujours à leur histoire par des découvertes d'auscultation absolument caractéristiques qui lui sont personnelles, et que ses travaux ont vulgarisées dans le monde entier.

Il n'a jamais voulu admettre les bruits extracardiaques, tels que son ami intime, le prof. Potain, les a décrits et enseignés aux élèves, dans ses leçons de clinique à l'hôpital, il protestait énergiquement, peut-être trop même, contre cet enseignement.

En somme le rétrécissement mitral pur, le double souffle crural, voilà les deux principales découvertes de Duroziez. Elles resteront acquises à la pathologie du cœur et perpétueront le nom du savant modeste et laborieux que nous avons suivi dès le début de sa carrière scientifique et jusqu'à sa mort, qui seule a pu interrompre ses travaux sans cesse renouvelés et son activité remarquable malgré ses 71 ans.

— Duroziez, me disait le professeur Potain, était un praticien très habile, très perspicace, qui avait des idées toutes personnelles, fortement arrêtées, ne se laissait jamais influencer ni détourner de la voie qu'il s'était tracée et qu'il n'a jamais abandonnée. Nous vivions à côté l'un de l'autre, dans les termes les plus affectueux, mais parallèlement sans jamais nous confondre.

J'écoutais tranquillement ses contradictions, je lui répondais de la meilleure foi du monde, mais quand son opinion était faite, je ne parvenais jamais à le convaincre; notre amitié n'en a d'ailleurs jamais souffert et j'ai conservé de mon excellent ami Duroziez, une haute estime pour son talent véritable de clinicien, pour sa grande probité scientifique et surtout une profonde affection pour son noble caractère et sa personnalité remarquable.

On ne saurait, Messieurs, mieux dire, ni plus justement, Étudiez, disait Duroziez, vos malades sans relâche, pendant des années s'il le faut, ainsi que je l'ai fait dans les hôpitaux; exercez souvent vos doigts à la percussion, leur habileté en bénéficiera; écoutez tous les cœurs, vous ferez quelquefois des découvertes auxquelles vous ne vous attendiez pas et votre oreille arrivera à une finesse de perception analogue au toucher des aveugles, sens qui parvient parfois à remplacer la vue pour reconnaître la couleur des tissus, par exemple.

— Monsieur le docteur Landouzy, que j'ai eu l'honneur de consulter, professe un véritable culte pour la mémoire de Duroziez, dont il appréciait le talent incontestable de praticien habile et consciencieux. Il a été mon maître, me disait-il avec une grande modestie, pour l'auscultation, il a été mon premier guide dans l'étude des maladies du cœur qu'il connaissait à fond. Nous n'étions pas toujours du même avis, mais j'écoutais avec déférence et attention ses contradictions qui étaient appuyées constamment sur des arguments sérieux. En un mot, c'est un maître que je regrette et que je vénère, c'est une perte réelle pour les élèves qu'il dirigeait dans leurs études des affections cardiaques avec une bienveillance, une patience et une assiduité qui n'avait d'égales que son inaltérable aménité. »

— Pour Duroziez, Messieurs, l'oreille et la main, c'est-à-dire l'auscultation, la palpation et la percussion, voilà les seuls et puissants auxiliaires du médecin pour le diagnostic des lésions du cœur. Tout moyen nouveau l'effrayait. Je me rappelle encore la curiosité anxieuse avec laquelle il a suivi ici, dans cette salle, les premières expériences faites avec le phonendoscope, par notre distingué confrère, M. Bianchi.

Malgré le magistral rapport de notre ancien président le savant docteur Besnier, Duroziez ne voulait accorder nulle confiance à cet intéressant et nouveau moyen d'investigation; il en niait l'utilité pratique ainsi que la nécessité. Quelque temps après, il se rendit à l'évidence des expérimentations avec une bonne foi touchante, une loyauté parfaite et devint même l'ami de l'inventeur qu'il aimait à rencontrer et, détail touchant, qu'il appela même près de lui dans les derniers instants de sa vie.

Vous vous souvenez d'ailleurs que le docteur Bianchi a prononcé sur le seuil de sa tombe une allocution émue, pleine de regrets, de haute estime, de profonde sympathie.

Dans le caractère de Duroziez je dois vous signaler une particularité curieuse, la haine vigoureuse qu'il avait vouée aux microbes. Je me rappelle, à propos d'une communication faite par notre distingué collègue, M. Jullien, sur les arthrites blennorhagiques et sur le gonocoque métral, que je m'étais avisé de dire, qu'un jour peut être, on arriverait à trouver le bacille générateur du rhumatisme articulaire, découverte qui a d'ailleurs été réalisée tout dernièrement. A ce moment vous avez du sourire, Messieurs, de l'indignation réelle de Duroziez à cette idée de penser que le grand cœur rhumatismal, comme il disait dans son langage pittoresque et imagé, pourrait être un jour contaminé, j'allais dire déshonoré, par la présence d'un bacille nouveau. Il prophétisait volontiers la prochaine déchéance

des microbes, prédiction qui ne semble pas toutefois devoir se réaliser dans un délai aussi rapproché que le supposait notre excellent collègue.

Maintenant, permettez-moi, Messieurs, de vous citer, *in extenso*, la note si juste et si intéressante que notre éminent confrère, le Dr Vaquez, médecin des hôpitaux, a bien voulu rédiger sur ma demande.

« M. Duroziez n'avait pas de service d'hôpital, mais on peut dire que tous les services lui étaient ouverts et que, pour les visiter, il mettait une exactitude exemplaire. C'est ce qui m'a permis de le rencontrer si fréquemment dans le service de M. Potain, alors que j'étais son interne ou son chef de clinique. Partout il conservait sa personnalité originale, sa foi dans la médecine et l'enthousiasme dans ses idées, acceptant la lutte partout, avec les plus autorisés comme avec les plus humbles, essayant de convaincre les uns et d'instruire les autres.

Il a fait du bien et empêché de faire du mal.

Il a fait du bien en étendant le domaine de nos connaissances. S'il n'a pas élucidé complètement l'évolution et la pathogénie de la sténose mitrale, il a grandement contribué à en établir les symptômes et les signes cliniques, à en affirmer la spécificité nosologique. Toute la sténose mitrale ne tient pas dans les « signes de Duroziez », mais il n'est pas permis de ne pas les connaître, si l'on veut parler à bon escient de la maladie qu'il a si longuement étudiée.

Il recherchait souvent, devant nous, les causes extrinsèques de certaines lésions cardiaques, l'insuffisance aortique notamment, et attirait notre attention sur la fréquence du traumatisme dans leur étiologie. Il apprenait à trouver le double souffle crural, signe si précieux dans le diagnostic des lésions aortiques, et s'étendait toujours complaisamment sur la variabilité du phénomène mécanique de la circulation. Il était resté, en effet, intro-mécaniste, et s'il acceptait avec confiance toutes les données nouvelles de la science, il ne s'en souvenait pas moins, qu'il était resté avant tout l'élève de Bouilland.

Il empêcha aussi, ai-je dit, de faire du mal et c'est un service considérable qu'il a rendu, en signalant la fréquence des intoxications digitaliques dues à une thérapeutique trop obstinée. Il y revenait souvent et avec raison, car ses idées à ce sujet sont des plus justes et, s'il est important de savoir quand on doit commencer l'emploi de la digitale, il l'est tout autant de savoir quand on doit le suspendre.

Enfin le souvenir qu'il nous a laissé à tous, qui avons eu si souvent l'occasion de causer avec lui, c'est son affabilité extrême comme homme et comme savant, sa ténacité dans ses opinions, son ardeur à les défendre. Cela imposait à tous un respect profond pour la personne de M. Duroziez, car ses convictions résultaient d'un travail constant, d'une observation toujours attentive, et, s'il les soutenait avec tant de vigueur, c'est qu'il n'avait en vue que l'intérêt de la science et le bien des malades. »

Chers collègues par une coïncidence aussi étrange que cruelle, en moins d'une année, le mois de janvier nous a été deux fois fatal. En 1896, au moment où notre regretté secrétaire général Wickham, qui nous avait encore lu, dans la séance du 11, un remarquable compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1895, à la veille de prendre une part très active à la belle solennité de notre centenaire, un douloureux événement, qui a brisé nos cœurs, nous enlevait brusquement cet excellent et précieux collègue ; rien ne faisait prévoir cette terrible catastrophe.

Le 30 décembre 1896, nous recevions de Duroziez, notre excellent commissaire du banquet annuel, une lettre de convocation pour le 9 janvier, terminée par sa formule favorite : *Vale et Veni*. Chacun de nous avait répondu à ce cordial appel, et se préparait à prendre part à cette fête de famille, qu'il égayait toujours, au dessert, par des toasts humoristiques, des silhouettes tracées avec cet esprit fin et gaulois que vous lui connaissiez.

Hélas ! tout à coup une terrible nouvelle nous parvint : notre affectionné collègue avait été atteint subitement d'une pneumonie infectieuse. Malgré tous les soins empressés, dont notre cher compère avait été entouré, jour et nuit, cette redoutable affection l'emporta rapidement car nous avons appris sa mort presque en même temps que la maladie dont il avait été victime.

Il mourait le 16 janvier, dans sa 71e année; le 18, nous assistions à ses obsèques.

Je ne saurais passer sous silence que Mme Duroziez a failli payer de sa vie son infatigable dévouement et la suite des veilles passées au chevet de son affectionné mari. Epuisée de fatigue, elle avait contracté une pneumonie infectieuse double; grâce aux soins habiles et assidus de notre ancien président, M. Besnier, et du concours affectueux et dévoué du professeur Potain, Mme Duroziez a pu triompher de cette redoutable atteinte; nous lui adressons nos vives et bien cordiales félicitations.

Vous vous souvenez encore, Messieurs, du discours ému et plein de cœur de notre éloquent sécrétaire général, M. Jullien, qui nous disait : « Quand, il y a cinq jours, je revis Duroziez sur le lit où l'asphyxie le terrassait, l'amitié ne sembla-t-elle pas le ressusciter une minute pour me sourire de ses lèvres violettes et me tendre ses mains déjà glacées ?

Quel saisissant et douloureux tableau !

Messieurs, ces morts subites et imprévues nous terrifient et nous anéantissent. On n'a pas eu le temps de s'habituer à ces pertes irréparables ; on ne peut croire à la disparition de ces chers morts, il semble toujours qu'ils vont nous revenir après une absence passagère.

Ce bon Duroziez, je le vois encore assis à cette même table, près du bureau, pour mieux entendre la lecture du procès-verbal et les communications faites par ses collègues. Il s'isolait, pour ainsi dire, de ses voisins pour concentrer toute son attention et pour prendre part, en temps utile, à la discussion, regardant malicieusement l'orateur, par-dessus ses lunettes, d'un air fin et bienveillant.

Il avait fait deux parts dans sa vie : d'abord ses visites quotidiennes et si bien remplies dans les hôpitaux, ses lectures originales et substantielles dans notre Société. Il passait le reste de ses journées au sein de sa famille et dans son cabinet de travail. Fin lettré, traduisant l'anglais, le grec, le latin à première vue, ses auteurs favoris, après Rabelais dont il était le disciple amoureux et enthousiaste, étaient Homère, Horace, Tacite, Virgile, Shakspeare, avec lesquels il passait des heures entières, s'énivrant et se pénétrant de leurs chefs-d'œuvre.

Duroziez, m'a dit un de ses amis intimes, était, de plus, un botaniste habile. Son père lui avait inspiré le goût charmant de cette science aimable qu'il a toujours gardé religieusement.

En somme, Duroziez a vécu en vrai philosophe, en savant, en rêveur. La science était son unique passion, et les soucis de la vie matérielle le préoccupaient fort peu.

Il était d'un désintéressement trop grand peut-être pour l'avenir des siens. Sans fortune il s'inquiétait modérément de faire de la clientèle active, et se reposait entièrement sur l'énergie morale et physique, le dévoûment infatigable de son admirable compagne, mère de famille parfaite, qui ne vivait que pour ses enfants ses trois filles, dont elle a soigné et accompli l'éducation artistique, au prix des plus grands sacrifices et de tous les instants de sa vie.

Elles sont aujourd'hui les seuls soutiens et la consolation quotidienne de leur mère adorée, si cruellement éprouvée.

Vous vous rappelez sans doute les intéressantes matinées musicales auxquelles nous avons été maintes fois conviés.

Le salon de Mme Duroziez était très apprécié, et très suivi, les femmes de nos plus distingués confrères s'y montraient avec empressement; notre cher Duroziez, dans ces réceptions intimes et confraternelles, semblait tout heureux et charmé de l'accueil sympathique, qu'on témoignait à sa famille.

Le laborieux savant était transformé et disparaissait alors sous l'aspect de l'amateur passionné de la belle et bonne musique, qu'il aimait d'ailleurs beaucoup, et qu'il nous donnait l'aimable occasion d'admirer et d'applaudir.

Voici l'impression que j'ai gardée dans mon fidèle souvenir de ce cher Duroziez.

C'était un beau vieillard, d'un tempérament sec, nerveux, impressionnable, de constitution robuste, toutetois de taille moyenne.

Malgré ses 71 ans, il avait conservé une verte allure, une démarche leste et facile. Sa physionomie, aux traits fortement accentués, était agréable et sympathique. Un large front, bien découvert, surplombant de grands yeux abrités sous de fortes lunettes lui donnait un air magistral et sérieux. Ils étaient expressifs et réflétaient une grande bonté et une douceur infinie.

Son sourire habituel était empreint d'une touchante franchise et d'une bienveillante bonhomie; il s'éclairait souvent d'un certain air de fine malice.

De longs cheveux bouclés et grisonnants encadraient sa tête puissante et se mariaient bien avec la barbe, qu'il portait longue et venait en pointe garnir le menton et tout le bas du visage. Cet extérieur grave, modeste et simple, laissait deviner une belle âme et une réelle individualité. En un mot, l'ensemble de sa personne inspirait, à première vue, la sympathie et le respect à tous ceux qui l'approchaient et ne tardaient pas à subir le charme de son commerce aimable, de sa conversation originale, de son aménité parfaite, et, par suite, à devenir ses meilleurs amis.

En terminant ce long discours qui a peut être fatigué votre bienveillante attention, permettez-moi, Messieurs, de vous dire ma bien sincère impression.

A cette époque de dépression morale, de défaillance professionnelle, de réclame éhontée, de mercantilisme avilissant, il est réconfortant, il est salutaire, mes chers collègues, de pouvoir retracer publiquement la vie, les traits, le noble caractère d'un médecin, parfait honnête homme, qui a consacré toute son existence à l'accomplissement impeccable de ses devoirs et d'une carrière laborieusement remplie jusqu'à la dernière heure, avec un zèle, un dévouement infatigables et un désintéressement aussi pur qu'absolu.

En un mot, il personnifiait le *vir probus et peritus recte vivendi* des temps classiques.

Puissè-je m'être acquitté de la tâche difficile et délicate que vous m'avez confiée, au gré de vos désirs et de vos espérances. Heureux si ma plume n'a pas trahi mon cœur ni mon admiration sincère, et si j'ai su rendre à notre affectionné et regretté collègue le suprême et légitime hommage, dû à ses qualités et à ses vertus exceptionnelles, qui l'ont mis hors de pair.

Votre approbation, Messieurs, sera pour moi la plus douce, la plus précieuse des récompenses, dont je vous serai profondément reconnaissant.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret, en date du 19 mars 1898, M. Sarda, agrégé, chargé d'un cours de médecine légale et de toxicologie à la Faculté de médecine de l'université de Montpellier, est nommé professeur de médecine légale et de toxicologie à ladite Faculté.

École de médecine de Limoges. — M. P. Lemaistre, professeur de clinique médicale, est admis, sur sa demande et par application de l'article 11, § 3 de la loi du 9 juin 1853 à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. P. Lemaistre est nommé professeur honoraire.

Inspection médicale des écoles. — Au conseil municipal de Paris, le 14 mars, M. Faillet a déposé le projet de délibération suivant :

« Le Conseil, Considérant que très important est le rôle de l'inspection médicale dans les écoles communales ;

« Que, vu le trop grand nombre des enfants, les médecins ne peuvent les examiner efficacement classe par classe ;

« Qu'il est nécessaire d'augmenter le nombre des médecins inspecteurs dans une proportion telle que les enfants soient examinés sérieusement afin de prévenir les maladies contagieuses dans la mesure du possible,

« Délibère : La 4e Commission est invitée à s'entendre avec la Direction de l'Enseignement à l'effet d'apporter au Conseil un plan de réorganisation de l'inspection des médecins dans les écoles communales.

Renvoi à la 4e Commission.

Les médecins du Dispensaire de salubrité. — Dans cette même séance du conseil municipal, M. Grebeauval a questionné le préfet de police sur l'application d'un arrêté en date du 1er mars 1888, de M. Bourgeois, alors préfet de police, sur la mise à la retraite des médecins du Dispensaire de salubrité. Le médecin en chef actuel a dépassé depuis trois ans l'âge de la retraite, 65 ans. Le secrétaire général de la préfecture de police a répondu qu'il était bien décidé à appliquer le décret dans toute sa teneur, mais il a demandé qu'on lui permît de le faire avec le tact et la mesure nécessités par les services rendus par le Dr Commenge.

Congrès d'Hygiène et de Démographie de Madrid. (Du 10 au 17 avril 1898.) — L'Agence de la Presse scientifique, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, est spécialement autorisée par le Bureau du IXe Congrès international d'Hygiène et de Démographie de Madrid (10-17 avril 1898) à recevoir directement les cotisations de tous les Membres adhérents à ce Congrès.

Elle fera parvenir, aux médecins qui auront versé dans ses bureaux le montant de la cotisation, les cartes d'identité et les billets de chemins de fer permettant de profiter

d'un rabais de 50 p. 100 sur les chemins de fer français et espagnols, exactement comme elle l'a déjà fait pour les autres Congrès internationaux de Médecine.

Il y a urgence à se faire inscrire de suite et un réel intérêt à verser le montant de la cotisation immédiatement ; cela au point de vue de l'obtention rapide des billets de chemins de fer.

Congrès Français de Médecine (Montpellier). — Les Compagnies Paris-Lyon-Méditerranée et Midi donneront aux billets d'aller et retour, pris par les Congressistes, pour se rendre à Montpellier, une prolongation de délai suffisante pour permettre le retour après la clôture du Congrès. L'Etat accorde une réduction de 50 p. 100 sur ses lignes aux mêmes Congressistes.

Société française d'ophtalmologie. — La réunion annuelle de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à Paris, le 2 mai prochain.

Question mise à l'ordre du jour :

Des hémorrhagies intra-oculaires chez les adolescents.

L'affaire Laporte. — L'affaire Laporte est heureusement terminée pour notre confrère, elle ne l'est pas pour le Dr Socquet sur les déclarations duquel Laporte a été incarcéré. La question est venue le 11 mars devant la Société de médecine légale. Le Dr Maygrier a tenu à exposer complètement la question et à justifier son rapport et sa conduite. Il a été unanimement approuvé, c'était parfait et nous n'y reviendrons pas. Mais il reste une question Socquet sur laquelle il aurait peut être été plus habile de ne pas revenir. Nous empruntons au *Bulletin médical* la relation de ce qui s'est passé au début de cette séance de la Société de médecine légale :

M. Benoit, président. — Avant de donner la parole à MM. Maygrier et Socquet pour leur communication, je demanderai à M. Socquet s'il est exact, comme je l'ai entendu dire, que ses conclusions, lors de l'affaire Laporte, aient été inexactement reproduites dans un article de la *Revue pratique d'obstétrique et de pœdiatrie*, que nous avons tous reçu.

M. Socquet. - Il est de règle à la Morgue, après chaque autopsie, de déposer des conclusions sommaires. C'est ainsi que j'ai agi après l'autopsie du cadavre de Mme Fresquet. Or, dans l'article en question, on a omis de citer mes deux premières conclusions relatives à la mort de la mère et de l'enfant ; quant à la troisième, elle a été inexactement reproduite. On m'a fait dire : « Laporte, en pratiquant cet accouchement *a* agi avec imprudence, *maladresse* et inobservation des règles de l'art. » Au lieu de cela j'ai dit : « Laporte, en pratiquant cet accouchement, *paraît* avoir agi avec imprudence, *négligence* et inobservation des règles de l'art. »

Je laisse la Société juge du procédé.

La Société, sur la proposition de M. Motet, a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« La Société de médecine légale ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, des documents officiels et les avoir rapprochés des documents publiés à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate que ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. ».

Le Dr Varnier, directeur de la *Revue pratique d'obstétrique et de pœdiatrie*, ainsi publiquement accusé d'avoir incomplètement et inexactement rapporté des documents officiels, proteste avec énergie et reproduit les conclusions des procès-verbaux officiels d'autopsie signés Socquet, conclusions qui sont bien conformes à ce qu'il a publié. Toute la discussion repose sur ce fait : M. Varnier a publié la copie du rapport sommaire, du rapport initial du Dr Socquet, rapport tenant en 7 lignes et dont les termes ont été reproduits par le juge d'instruction Bertulus dans son interrogatoire, comme cela est démontré par la cote 39 du dossier. Or, ce rapport sommaire ne figure pas ou ne figure plus dans le dossier. Le copiste et avec lui M. Henri Robert sont-ils de mauvaise foi et ont-ils forgé cette pièce ? ou bien cette pièce a-t-elle été supprimée ? L'affaire se corse comme on voit et nous aurons malheureusement l'occasion d'y revenir.

Lundi soir, le banquet du syndicat des médecins de la Seine, donné en l'honneur du Dr Laporte, réunissait une cinquantaine de convives. Des toasts ont été portés par MM. Guinard, président du syndicat, Delangle, délégué de la fédération des syndicats médicaux du Hainaut, Laborde, Laporte et Me Henri Robert le défenseur de notre confrère.

Nécrologie. — Le Dr Lemarchand, du Tréport, connu par divers travaux d'hydrothérapie. — Le Dr Xavier Trastour, de Nantes, mort de tuberculose à l'âge de 32 ans. — Le Dr Dexant, d'Aubeterre (Charente), reçu en 1856. — Le Dr Lazutes, Ouveillan (Aude), reçu en 1858. — Le Dr Mas, de Recoules-Prévinquières ancien député de l'Hérault, décédé à l'âge de 88 ans. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Thibierge père, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 73 ans. Nous adressons à son fils, le Dr Georges Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris, l'expression de nos sympathiques regrets.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Compagnie P. L. M. organise, avec le concours de la Société des Voyages Duchemin, deux excursions permettant de visiter (tous frais compris), la 1re : la Corse, du 6 avril au 27 avril. Prix au départ de Paris : 1re classe, 630 fr., 2e classse, 575 fr. — La seconde : la Palestine et la Syrie, du 23 mars au 16 mai. Prix au départ de Paris : 1re classe, 2960 fr.; 2e classe, 2750 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, au bureau de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

On cardiac failure and its treatment, par le Dr Alexander Morison, médecin de Great Northern central hospital, un vol. in-8. 253 p. avec nombreuses figures dans le texte. Londres, Rebman Publishing company, 11, Adam street, Strand, 1897.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

PASTILLES bi-boratede soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*